



UnB | HUB



Universidade de Brasília  
Curso de Gestão de Políticas Públicas

GABRIELA GAMA MARTINS

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: AÇÕES  
HUMANIZADAS NO ATENDIMENTO AOS  
PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS DO “PROJETO  
COM-VIVÊNCIA”**

Brasília – DF

2018

GABRIELA GAMA MARTINS

**POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: AÇÕES  
HUMANIZADAS NO ATENDIMENTO AOS  
PORTADORES DO VÍRUS HIV/AIDS DO “PROJETO  
COM-VIVÊNCIA”**

Relatório de pesquisa a ser apresentado  
como trabalho de conclusão da  
disciplina de “Residência em Políticas  
Públicas”.

Professora Orientadora: Dra. Sheila  
Cristina Tolentino Barbosa

Brasília – DF

2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho, inicialmente, à Nossa Senhora Virgem Maria, por sempre iluminar meus caminhos e me abençoar diariamente. Dedico à minha família, aos meus pais, Elciene e João, por sempre acreditarem em mim, sem eles, eu não seria quem sou hoje. Dedico, também, ao meu irmão Rafael, que me inspira, secretamente, a ser uma pessoa melhor todos os dias. Dedico à minha companheira e fiel escudeira Lola, minha cachorrinha de estimação.

Ademais, dedico este trabalho à minha orientadora, Professora Dra. Sheila Tolentino, por ter paciência e me ajudar a chegar à conclusão deste projeto.

Por fim, e principalmente, dedico este presente trabalho ao Projeto Com-Vivência e à Professora Eliane Seidl, por me inspirar a ter esperanças e acreditar que existem pessoas boas cuidando de pessoas boas.

## **RESUMO**

Esta pesquisa consiste em contribuir para o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília e tem como tema o atendimento humanizado prestado aos portadores do vírus HIV que participam do “Projeto Com-Vivência” do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Seu objetivo principal é averiguar como as ações do Hospital Universitário de Brasília têm garantido um atendimento humanizado às pessoas que vivem com HIV e participam do “Projeto Com-Vivência”, segundo as Diretrizes e Princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde. Para tal, se fará necessário a caracterização do que é um atendimento humanizado tanto para a PNH, quanto para o HUB e como estas ações estão sendo, de fato, implementadas. Para o alcance de tais objetivos, a pesquisa realizou entrevistas com a fundadora e coordenadora do Com-Vivência, Professora Eliane Seidl, com uma psicóloga que compõe o quadro de atendimento psicossocial e com duas estagiários do curso de Psicologia da Universidade de Brasília. Outrossim, se fez uso da observação participante que aconteceu em visitas ao Projeto e de pesquisas e análises documentais, disponibilizados pelo “Com-Vivência” e encontrados em sítios eletrônicos. O referencial teórico da pesquisa constitui-se de literatura sobre implementação de políticas públicas, humanização do atendimento, qualidade dos serviços e Gestão de Qualidade e Atendimento nos serviços públicos no Brasil. A pesquisa chegou à conclusão que o Hospital Universitário de Brasília assegura um atendimento humanizado às pessoas que vivem com o vírus HIV/aids (PVHA) a partir do “Projeto Com-Vivência”, permitindo sua autonomia de gestão. Ademais, foi-se constatado que atendimentos humanizados vão muito além do atendimento em si, é uma valorização da produção de saúde. Conclui-se que o “Projeto Com-Vivência” é um exemplo de serviço público de qualidade e excelência e que exerce atendimentos humanizados em acordo com a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: humanização do atendimento; Projeto Com-Vivência; HIV/aids.

## SUMÁRIO

1	Introdução.....	6
1.1	Política Nacional de Humanização – PNH .....	7
1.2	“Projeto Com-Vivência” .....	9
2	Referencial Teórico .....	13
2.1	Implementação de políticas públicas: abordagens <i>bottom-up</i> e <i>top-down</i> .....	13
2.2	Humanização do atendimento.....	14
2.3	Qualidade dos Serviços.....	16
2.4	Gestão de Qualidade e Atendimento nos Serviços Públicos no Brasil.....	18
3	Procedimentos Metodológicos .....	20
4	Diagnóstico da Política.....	22
4.1	Implementação de políticas públicas: abordagens <i>bottom-up</i> e <i>top-down</i> .....	22
4.2	Humanização do atendimento.....	23
4.3	Qualidade dos Serviços.....	26
4.4	Gestão de Qualidade e Atendimento nos Serviços Públicos no Brasil.....	28
5	Considerações Finais.....	29
6	Referências .....	32

## 1 Introdução

Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de averiguar como as ações do Hospital Universitário de Brasília têm garantido um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV/aids que participam do “Projeto Com-Vivência” em acordo com o que está previsto na Política Nacional de Humanização (PNH). A intenção é identificar se o “Projeto Com-Vivência” possui práticas humanizadas na execução de suas atividades, desde o acolhimento psicossocial até o acompanhamento que executa com os usuários que fazem parte do Projeto.

Esta pesquisa foi executada através de uma tríplice de procedimentos metodológicos, sendo estes a observação participante, a pesquisa e análise documental e a execução de entrevistas. Este tema foi escolhido porque se percebeu que, apesar da Política Nacional de Humanização existir há mais de 20 anos, são poucos os serviços públicos de saúde que conhecem seus Objetivos, Diretrizes e Princípios e que executam suas atividades em acordo com os mesmos.

Desta maneira, o presente trabalho tem como objetivo descrever o que é um atendimento humanizado para a PNH e para o “Projeto Com-Vivência” e após, verificar como estas ações de atendimento humanizado são postas em prática.

Para analisar a política pública e as ações do “Com-Vivência”, foi utilizada a análise qualitativa dos dados, já que identificar a humanização de um atendimento envolve a subjetividade das atitudes dos envolvidos. Além disso, foi necessário a realização de revisão bibliográfica das abordagens *bottom-up* e *top-down* na implementação de políticas públicas, para permitir a identificação de como a PNH é executada. Ademais, foram trabalhados os conceitos de humanização no atendimento, além de repassar por todos os Objetivos, Diretrizes e Princípios da PNH. Por fim, foi-se utilizado definições de qualidade dos serviços e contextualização da Gestão de Qualidade e Atendimento nos serviços públicos brasileiros.

Esta pesquisa foi viabilizada devido à boa receptividade encontrada no “Projeto Com-Vivência”. As entrevistas foram realizadas ao longo de três meses com integrantes do Projeto e foram disponibilizados documentos sobre a história do “Com-Vivência”, desde sua criação até os dias atuais.

Assim, esta introdução conta com as delimitações da Política Nacional de Humanização, seus Objetivos, Diretrizes, Princípios e o seu contexto histórico. Além de

descrever a unidade de análise da pesquisa, sua pergunta norteadora e os objetivos gerais e específicos que pretende alcançar. Além disto, trará a história do “Projeto Com-Vivência” e como este exerce seu trabalho diariamente.

## **1.1 Política Nacional de Humanização – PNH**

A Política Nacional de Humanização é uma política pública criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde e faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política surge da interação de três objetivos centrais, sendo eles (PASCHE, PASSOS, HENNINGTON, 2010):

- Enfrentamento de desafios declarados pela sociedade brasileira quanto ao cuidado e dignidade dado à saúde;
- Redesenho e articulação da humanização no SUS e;
- Enfrentamento de impasses no campo da gestão e da organização do trabalho em saúde.

A Política Nacional de Humanização, atualmente, encontra-se na sua fase de implementação e é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e com equipes regionais de apoiadores que estão vinculadas às secretarias estaduais e municipais de saúde. O Ministério da Saúde exerce o papel de formulador da Política, mas a coordenação, execução, monitoramento e avaliação são exercidos pelos órgãos que aderem à PNH. No caso do presente trabalho, o coordenador da PNH é o Hospital Universitário de Brasília, mas o responsável pela execução, monitoramento e avaliação é o próprio “Projeto Com-Vivência”.

Desta maneira, o HumanizaSUS possui Objetivos, Diretrizes e Princípios específicos que espera serem alcançados e cumpridos nas organizações que o aderirem.

Os Objetivos da PNH são (Política Nacional de Humanização, 2003):

- Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;
- Fortalecer iniciativas de humanização existentes;
- Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;

- Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e gestão e;
- Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências bem-sucedidas.

Ademais, o HumanizaSUS ressalta seus três macro-objetivos (Política Nacional de Humanização, 2003):

- Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários;
- Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil e;
- Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Além dos Objetivos, a PNH desenvolveu seis Diretrizes e três Princípios que as organizações devem executar e possuir. As Diretrizes da PNH são: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários. Já os Princípios se moldam na Transversalidade, na Indissociabilidade entre Atenção e Gestão e na Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos. A explicação de cada um encontra-se no referencial teórico deste trabalho, mas especificamente no subitem “Humanização do Atendimento”.

Em relação às Diretrizes e os Princípios, a Política Nacional de Humanização listou seis necessidades que busca alcançar, sendo elas (Política Nacional de Humanização, 2003):

- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação ao acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde e;
- Gestão participativa nos serviços.

A escolha desta Política está relacionada a estas necessidades listadas. A humanização do atendimento está ligado à dignidade do ser humano, suas



particularidades e demandas. Alcançar um atendimento acolhedor, acessível, que garanta seus direitos, é pôr em prática que todos os cidadãos são iguais perante a lei e que todos merecem ser tratados da melhor forma possível e de maneira igual, reconhecendo a diversidade do povo brasileiro, mas ofertando o mesmo serviço de saúde para todos, sem distinção de etnia, idade, origem, orientação sexual, gênero, entre outros. A pesquisa ressalta que levar tudo isto em consideração é alcançar um serviço de qualidade e ofertá-lo para todos os cidadãos brasileiros.

A unidade de análise da PNH escolhida está baseada nos seus processos. Como o que está previsto é posto em prática pelas organizações que a aderem.

A pergunta norteadora desta pesquisa é a seguinte: **“Como as ações do Hospital Universitário de Brasília têm garantido um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV/aids que participam do ‘Projeto Com-Vivência’ de acordo com a Política Nacional de Humanização?”**

Os objetivos traçados para alcançar a resposta desta pergunta foram:

**Objetivo geral:** Averiguar como as ações do Hospital Universitário de Brasília têm garantido um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV/aids que participam do “Projeto Com-Vivência” de acordo com a Política Nacional de Humanização.

**Objetivo específico 1:** Caracterizar o que é um atendimento humanizado para a PNH e para o “Projeto Com-Vivência”;

**Objetivo específico 2:** Descrever como as ações de atendimento humanizado estão sendo implementadas no “Projeto Com-Vivência”.

## 1.2 “Projeto Com-Vivência”

O “Projeto Com-Vivência – Ações Integradas de Estudo e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/aids e Familiares” nasce como um Projeto de Extensão da Universidade de Brasília com ação contínua. O “Com-Vivência” surge da iniciativa de professores do Instituto de Psicologia e do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, em 1996, após aprovação do Decanato de Extensão Universitária. Os professores responsáveis pela criação do “Com Vivência” foram a Professora Eliane Maria Fleury Seidl e o Professor Mário Ângelo Silva.

Os objetivos do “Projeto Com-Vivência” são (SEIDL; CARVALHO, 2010):

- Desenvolver ações de prevenção e de assistência da psicologia e do serviço social em HIV/aids, articuladas a atividades de ensino e pesquisa;
- Prestar atendimento psicológico e social, individual ou em grupo, a pessoas vivendo com HIV/aids e familiares, em acompanhamento ambulatorial, bem como a pacientes internados na enfermaria e no pronto-socorro e;
- Realizar ações preventivas e educativas sobre aspectos referentes ao HIV/aids junto à comunidade em geral.

Ademais, o “Com-Vivência” possui princípios que norteiam sua atuação, sendo eles (Idem, 2010):

- Garantia dos direitos à cidadania, à saúde e à atenção integral e interdisciplinar das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA);
- Postura de acolhimento, sigilo, confidencialidade e solidariedade;
- Valorização e respeito às diferenças;
- Fortalecimento da autonomia do usuário mediante sua participação efetiva no processo de cuidado.

Os serviços disponibilizados pelo Projeto às PVHA (crianças, adolescentes, adultos e idosos), cônjuges, parceiros (as) e pessoas da rede de apoio sócio familiar vão desde atividades realizadas no ambulatório, como: acolhimento, avaliação e atendimento psicossocial, atendimento psicológico individual ou em grupo, atendimento e/ou orientação social, aconselhamento individual ou coletivo pré e pós-teste anti-HIV, entre outros, até aconselhamento para o sexo-seguro ou quaisquer outras demandas relativas à soropositividade (Id., 2010). Em suma, as atividades oferecidas pelo “Com-Vivência” fazem parte do conjunto de ações que o HUB e o SUS ofertam às pessoas que vivem com HIV/aids.

O Projeto funciona desde o seu início no Hospital Universitário de Brasília e é vinculado ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids. Antes da instituição do “Com-Vivência” no HUB, só eram ofertados serviços médicos aos portadores do vírus HIV/aids, o que proporcionou adesão ao Projeto pelo Hospital, formalizando o atendimento psicológico e de assistência social a estes usuários específicos, o que possibilitou um atendimento interdisciplinar e conseqüentemente, mais completo.

Por ser um projeto de extensão, o “Com-Vivência” é considerado, por sua fundadora, como um tripé, ou seja, possui a finalidade de prestação de serviços à comunidade, o qual possui caráter de troca de saberes entre a Universidade e a população; a finalidade de

pesquisa, a qual permite o envolvimento dos professores desta área em específico e a finalidade de ensino, uma vez que o Projeto possui o campo de práticas de estágio supervisionado e/ou obrigatório de cursos da área da saúde.

O “Projeto Com-Vivência” é reconhecido pelos seus atendimentos psicossociais às PVHA e sua rede de apoio sócio familiar; suas ações no campo da prevenção ao vírus HIV/aids junto à comunidade, através de palestras sobre sexualidade e práticas sexuais seguras e oficinas e; por suas ações de capacitação de recursos humanos, através de treinamentos e aconselhamentos pré e pós-testes anti-HIV, financiados pelo Ministério da Saúde, ao longo dos anos 2000. O “Projeto Com-Vivência” capacitou mais de 200 profissionais do Governo do Distrito Federal, segundo a Professora Eliane Seidl.

Qualquer pessoa que viva com o vírus HIV/aids e possua registro no Sistema Único de Saúde tem direito de acesso ao Projeto. O Projeto não restringe acesso à ninguém que os procure e seja soropositivo, independentemente de classe social, etnia, orientação sexual, idade, entre outros.

O procedimento do Projeto inicia-se na triagem realizada pela enfermagem do HUB, onde há o primeiro contato com o paciente. Após, este é encaminhado para a equipe médica e, também, para o “Com-Vivência”, para atendimento médico e avaliação psicossocial (acolhimento), respectivamente. Todo novo paciente é entrevistado por uma das psicólogas ou estagiárias do Projeto, visando conhecer este paciente e reconhecer suas demandas. É preenchido a Ficha de Acolhimento, a qual todos os pacientes possuem, e é arquivada nas fichas de cada um. Isto permite conhecer cada paciente e sua singularidade, ofertando um serviço mais especializado.

Outra forma de acesso ao “Com-Vivência” é via internação do hospital, por meio do pronto-socorro, por exemplo. Há casos de pessoas que adoecem e fazem o teste anti-HIV/aids e é diagnosticado soropositivamente e são encaminhados para o “Com-Vivência”. Outros, mesmo sabendo de seus diagnósticos, também são encaminhados ao Projeto como procedimento padrão do Hospital.

Existe também o tipo de acesso por vontade própria do paciente soropositivo que já se consultava em outro centro de atendimento psicossocial no Distrito Federal e quis mudar. Este paciente já tem acompanhamento, então, é feita somente a transferência de seus documentos para o “Com-Vivência”, entretanto, será realizada seu acolhimento e executado a entrevista para conhecer o paciente. Neste caso, encontram-se, também, pacientes que moravam em outras cidades ou países e vivem, atualmente, em Brasília ou no entorno do Distrito Federal.

Assim, inicia-se o acompanhamento deste paciente de acordo com a sua demanda. Os atendimentos podem ser executados semanalmente, quinzenalmente, mensalmente ou até mesmo em espaçamento de tempo maior, dependendo muito de caso a caso, levando em consideração o atual estado emocional que o paciente se encontra e sua disponibilidade de horários. Tudo depende da demanda que o paciente traz, ele exerce sua autonomia e poder de escolha de querer permanecer no atendimento psicossocial ou não. Entretanto, as psicólogas e assistentes sociais se utilizam de ferramentas e mecanismos para tentar permanecer com a continuidade do tratamento, uma vez que é identificado que este aconselhamento e acompanhamento psicossocial, junto ao tratamento convencional com medicamentos retrovirais, traz inúmeros benefícios para a qualidade de vida da pessoa que vive com o vírus HIV/aids.

Em suma, o Projeto busca exercer um atendimento completo aos cidadãos soropositivos e a sua rede sócio familiar, nestes 22 anos que atua ininterruptamente no Hospital Universitário de Brasília.

## 2 Referencial Teórico

### 2.1 Implementação de políticas públicas: abordagens *bottom-up* e *top-down*

Para o alcance dos objetivos do referente projeto é altamente necessário definir alguns conceitos e trabalhar temáticas imprescindíveis, tais como implementação de políticas públicas.

O campo das políticas públicas ganha maior notoriedade a partir do momento que governos passam a se preocupar com soluções de problemas públicos que sejam mais eficazes e eficientes, principalmente, no que tange as questões econômicas (restrição de gastos, por exemplo), principalmente, em países em desenvolvimento. Posteriormente, as questões sociais ganham mais espaço e adentram às agendas governamentais (SOUZA, 2007). Desta forma, dentro do ciclo de políticas públicas, *policy cycle*, a implementação caracteriza-se como um dos momentos mais importantes, uma vez que é a prática do que foi discutido e previsto na formulação, visando alcançar o seu sucesso (CARVALHO; BARBOSA; SOARES, 2010).

Assim, Najan (1995) insiste que o fracasso ou sucesso da implementação pode ocorrer por meio da escolha do modelo que colocará a formulação em prática. O autor aborda dois modelos antagônicos: *top-down* e *bottom-up*.

A abordagem *bottom-up* (SMITH, 1973 apud NAJAN, 1995), consiste em um processo complexo que reúne a interação de quatro componentes principais: o público-alvo da política; a organização da instituição formuladora e implementadora; a liderança da política e os fatores ambientais. Além de caracterizar-se por um processo contínuo sem um fim estipulado. O redesenho da política é válido a partir do momento que possíveis tensões criadas após a implementação são expostas. A discussão entre os políticos, os formuladores, os implementadores e a existência ou não de fatores externos gerados a partir disso é realizável e pode gerar um *feedback* positivo para a política e consequentemente, para a população que necessita da solução do problema público.

A abordagem *top-down* (EDWARDS, 1980 apud NAJAN, 1995), por sua vez, consiste na hierarquização da tomada de decisão e é altamente autoritária. Não há muitas possibilidades de *feedbacks* dos atores de baixo escalão, já que a decisão vem de cima para baixo e deve ser cumprida. Há uma clara separação entre a política e a burocracia, onde o processo decisório deve encontrar-se no topo da hierarquia organizacional e

possuir controle para que os burocratas implementadores não distorçam o que foi decidido.

Desta forma, evidencia-se a necessidade de se averiguar a maneira como a implementação das políticas públicas afeta na eficácia e eficiência das mesmas. Trabalhar com as definições de *bottom-up* e *top-down* permite identificar como os gestores lidam com os *feedbacks* dos burocratas implementadores, por exemplo, ou se simplesmente não permitem esse retorno. É interessante desenvolver a noção de como as políticas públicas e seus gestores preocupam-se com os demais atores e o público-alvo de suas ações.

## 2.2 Humanização do atendimento

A humanização na atenção à saúde surge no cenário nacional nos anos 1990, juntamente com a satisfação, equidade e autonomia do usuário de saúde (FORTES, 2004). Esta, por sua vez, é “entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de maneira autônoma” (Idem, p. 31). Segundo Rech (2003), humanizar é justamente preservar a dignidade do homem, não exercendo qualquer forma de discriminação e tratando a pessoa como única, levando em consideração suas vivências, sua singularidade e seus valores. Exercer qualquer tipo de julgamento no ato de atender ao próximo lesa toda e qualquer forma de humanização e fere os princípios da ética.

Desta forma, humanizar o atendimento é vivenciar cada estado de saúde-doença como singular e desenvolver empatia pelo paciente e não tratá-los como simples casos (ZOBOLI, 2003), objetivando e quantificando pessoas que estão passando por momentos extremamente difíceis e delicados. Humanizar é desenvolver uma ética de respeito ao próximo, compreender e acolher o cidadão que necessita daquele serviço. É altamente necessário desenvolver uma relação com o paciente para que este se sinta acolhido, e não distanciá-lo, tornando-o impessoal e despersonalizado (FORTES, 2004).

A humanização do atendimento na saúde adentra as políticas públicas governamentais em 2001, ano em que o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O Programa propunha “uma transformação cultural no ambiente hospitalar, orientada pelo atendimento humanizado

ao usuário” (FORTES, 2004, p. 32), além de exigir que o atendimento “agregue à eficiência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e imprevisível, que aceite os limites de cada situação” (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, 2001). Ademais, o Programa se preocupou em valorizar a qualificação profissional dos trabalhadores da saúde e capacitá-los para saberem lidar com as delicadezas dos usuários e de suas famílias, enfatizando as dimensões psicossociais dos mesmos.

Em 2003, houve o aprimoramento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, resultando na Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida também, carinhosamente, como HumanizaSUS.

Para a PNH, “a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde”. Humanizar se traduz, então, em trocas solidárias entre os usuários (pacientes), os trabalhadores e os gestores, valorizando sua autonomia, ampliando suas capacidades de participação e decisão (Política Nacional de Humanização, 2015). O HumanizaSUS incentiva a responsabilidade compartilhada (coparticipação) no dia a dia da saúde, enfrentando relações de poder e hierarquização, as quais podem produzir atitudes ou práticas desumanizadoras (Idem, 2015).

A Política Nacional de Humanização, através de suas Diretrizes e Princípios, lista práticas humanizas para se exercer nos atendimentos e na produção de saúde como um todo, mantendo o foco em todos os envolvidos.

As Diretrizes do HumanizaSUS são: Acolhimento, Gestão Participativa e Cogestão, Ambiência, Clínica Ampliada e Compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários. Já os Princípios estão associados à Transversalidade, à Indissociabilidade entre Atenção e Gestão e à Corresponsabilidade e Autonomia dos Sujeitos e Coletivos.

Segundo a PNH, acolher entende-se como “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” e é posta em prática através de escutas qualificadas, ou seja, captando as reais demandas do usuário de saúde, ouvindo-o de forma empática e procurando entender todas suas necessidades de forma individual. Isto garante que todos sejam atendidos com suas devidas prioridades e vulnerabilidades. Já a Gestão Participativa e Cogestão é compreendida como a inclusão dos trabalhadores e dos pacientes nos processos de decisão da gestão. Isto é viabilizado através de rodas de conversa, reuniões ou colegiados, possibilidade liberdade de fala e inclusão de opiniões.

A Ambiência diz respeito ao ambiente físico que o serviço é prestado. Este deve ser confortável, acolhedor, limpo, que respeite a privacidade e o sigilo da fala, além de proporcionar encontros entre as pessoas envolvidas. A Clínica Ampliada e Compartilhada é a interação de todos os trabalhadores envolvidos nos tratamentos dos pacientes. Isto permite uma valorização da singularidade do sujeito, uma vez que a decisão sobre o tratamento ofertado passa por vários profissionais que compartilham de conhecimentos específicos, tornando-o mais rico de informações e mais completo.

Já a Valorização do Trabalhador visa a autonomia do mesmo, incentivando-o criativamente, uma vez que visa incluí-lo nas tomadas de decisão, dando uma maior visibilidade à sua experiência. Por último, a Defesa dos Direitos dos Usuários é a busca incansável para que todos saibam e usufruam dos direitos que são a si assegurados, em todas as fases do atendimento.

Os Princípios da HumanizaSUS são interligados entre si. A Transversalidade “busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e os grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas” (Política Nacional de Humanização, 2015). Alcançar isto gera a Corresponsabilização sobre o atendimento prestado, que nada mais é que a interação entre os usuários, sua rede sócio familiar, os trabalhadores e os gestores, os quais devem compartilhar responsabilidades para o alcance da eficiência do tratamento, todos têm e devem reconhecer o papel de cada um no processo de produção de saúde. Assim, evidencia-se que não pode haver a Indissociabilidade entre Atenção e Gestão, todos devem participar ativamente do processo de tomada de decisão (Idem, 2015).

Desta maneira, a humanização do atendimento na saúde busca diminuir a “coisificação” das pessoas envolvidas em todos os níveis de atendimento. Todos têm voz e devem ser escutados. Como Kant já dizia, o homem deve ser considerado como um fim de si mesmo e não como um mero instrumento de satisfação de interesses. (apud FORTES, 2004, p. 34).

### **2.3 Qualidade dos Serviços**

Inicialmente, a qualidade, de modo geral, se relaciona com o respeito que a prestadora de serviços tem pelo seu consumidor/cliente. Todos os clientes, sem



discriminação, devem ser tratados com transparência e excelência, visando oferecer, sempre, serviços de qualidade.

Desta forma, entende-se qualidade justamente como a circunstância essencial de aptidão para o fim que se deseja alcançar (Organização Europeia de Controle de Qualidade – EOQC, 1972 apud PALADINI, 2006), além de ser, segundo Jenkins (1971 apud PALADINI, 2006), o grau de reajuste que busca satisfazer à demanda do seu produto. Ademais, Campos (2004, p. 2) afirma que “um produto ou serviço de qualidade é aquele que atende perfeitamente, de forma confiável, de forma acessível, de forma segura e no tempo certo às necessidades do cliente”. Outra definição de qualidade dos serviços, segundo LOURES (2003), é a forma e medida de quão bem e satisfatória o nível de serviço atende às expectativas do cliente-consumidor.

Já a prestação de serviços ocorre justamente na interação do usuário/cliente com tal serviço prestado. Prestar um serviço a terceiros engloba procedimentos delicados e complexos, uma vez que desenvolver seu produto é justamente atender clientes, os quais consomem tal produto de forma imediata (PERDIGÃO, FERNANDES, PERDIGÃO, 2012, p. 4). Esta interação do cliente com o processo produtivo dos serviços é chamado de “co-produção” (ALBRECHT; ZEMKE, 1985).

Desta maneira, Las Casas (2007) listou algumas características do universo da qualidade da prestação de serviços, como por exemplo:

- A avaliação da qualidade é bastante individualizada. Não existe ações correlatas durante a prestação do serviço, e sim, ações baseadas em situações passadas, ou seja, a avaliação do cliente será única e exclusivamente como este se relacionou com a prestadora de serviços.
- A relação oferta x demanda deve ser trabalhada excessivamente para não ocorrer desequilíbrio, uma vez que não há estocagem na prestação de serviços.
- Há *feedback* imediato, possibilitando que a prestadora de serviços já possa modificar e reparar algumas situações de maneira rápida.

Por fim, alguns aspectos são imprescindíveis para atender os usuários com qualidade, como por exemplo: confiabilidade, segurança, empatia e receptividade. A confiabilidade é o fornecimento daquilo que o foi prometido de maneira eficaz e eficiente; a segurança é o respeito que deve ser prestado aos clientes, assegurando que o que é necessário a eles será ofertado com qualidade. Já a empatia é a capacidade de se colocar no lugar do outro

(consumidor/cliente) e compreender suas sugestões, reclamações e elogios e, por fim, a receptividade é oferecer prestação aos usuários dos serviços (LAS CASAS, 2007 apud PERDIGÃO, FERNANDES, PERDIGÃO, 2012).

## **2.4 Gestão de Qualidade e Atendimento nos Serviços Públicos no Brasil**

O movimento da Gestão pela Qualidade teve seu princípio no início do século XX, quando as indústrias começaram a inspecionar produtos para, possivelmente, detectar defeitos e certificar que tais produtos estariam sendo comercializados de acordo com os critérios originais. Assim, e ao longo que tais indústrias e organizações foram crescendo e se tornando mais complexas e completas, foi necessário desenvolver medidas que pudessem atestar a qualidade e a padronização dos produtos e/ou serviços, além de medir a satisfação dos consumidores/clientes. (GONÇALVES, 2002, p. 1).

Ao longo dos anos, e apesar da preocupação com a qualidade ter nascido no setor privado com as fábricas, a Gestão da Qualidade adentra às organizações prestadoras de serviços, os governos e as organizações não-governamentais. (GONÇALVES, 2002, p. 2).

O Governo Brasileiro, por meio do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, vem tentando inserir a administração pública brasileira, desde 1991, na conjuntura da gestão pela qualidade através do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade – PBQP (GONÇALVES, 2002, p. 2). Sem muitos avanços e adeptos à Gestão de Qualidade nos anos iniciais, o PBQP conseguiu introduzir algumas mudanças na forma que eram prestados os serviços, as quais impactaram as organizações públicas e seus servidores onde tange às transformações subsequentes nesta área.

Segundo Gonçalves (2002), o PBQP, em 1995, conseguiu eleger a Qualidade como uma das principais transformações que ocorreram na mudança da Gestão Burocrática para a Gestão Gerencial, a qual focaliza em resultados e melhor atendimento ao cidadão-cliente. Tal mudança conteve o Plano Diretor da Reforma do Estado e ficou subordinado ao extinto Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Neste mesmo ano, tais reorientações dos serviços prestados impulsionou a criação do Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública (QPAP).

Em 2000, foi criado, também, o Programa de Melhoria da Qualidade do Serviço Prestado ao Cidadão, no Plano Plurianual Avança Brasil – PPA 2000/2003, o qual continha em suas diretrizes a implementação da Gestão pela Qualidade na Administração Pública Brasileira, a qual considerava as particularidades dos serviços públicos, que diferem dos propósitos do setor privado. (GONÇALVES, 2002, p. 2).

Concomitantemente com tais Programas desenvolvidos pelo Governo Federal buscando a qualidade dos serviços públicos, o Estado da Bahia desenvolveu um projeto para mudar o jeito que a população via e percebia a imagem da administração pública, a qual era vista com excesso de burocracia (disfunções burocráticas); excesso de formalismo; servidores desinteressados e desmotivados; instalações físicas desconfortáveis e precárias; atendimento por privilégio; entre outras. Tal projeto ficou conhecido por Serviço de Atendimento ao Cidadão – SAC (GONÇALVES, 2002, p. 3).

Segundo Gonçalves (2002, p. 3), o SAC foi criado em março de 1995 e possuiu como inspiração o Núcleo de Apoio às Pequenas e Médias Empresas (NAE) criado pela Secretaria da Administração do Estado da Bahia (SAEB) em 1992. Isto ocorreu porque o NAE inovou nos registros de pequenas e médias empresas, agrupando órgãos municipais, estaduais e federais em um mesmo espaço físico. O sucesso do NAE foi visualizado assim que ocorreu o crescimento pela demanda destes serviços e a constatação da satisfação de seus consumidores/clientes.

Desta forma, o SAC se tornou permanente e possuiu como órgão articulador e condutor a própria Secretaria da Administração do Estado da Bahia (SAEB). Assim, o SAC é “um sistema integrado de serviços projetado para atender o cidadão com presteza, conforto e resolutividade” (GONÇALVES, 2002, p. 3). Em setembro de 1995, foi inaugurado o primeiro posto SAC com capacidade para receber até 2 mil cidadãos e contava com 15 entidades parceiras, entre secretaria de estado, alguns órgãos federais e empresas públicas. Em pouco tempo, a demanda da população superou as expectativas e outros postos SAC foram instalados. (Idem, p. 4).

Com o passar dos anos, o SAC também ficou conhecido como Shopping de Serviços Públicos. Isto ocorreu porque alguns postos foram instalados em *shoppings centers*, o que foi quebrando com tabus de que os serviços públicos não poderiam se comparar com os serviços privados. (GONÇALVES, 2002, p. 4).

### 3 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa baseou-se em três procedimentos metodológicos, sendo eles a observação participante, as entrevistas semi-estruturadas e a pesquisa e análise documental.

A observação participante se deu a partir do primeiro dia que a pesquisadora teve sua imersão iniciada no Hospital Universitário de Brasília, mais especificamente, no “Projeto Com-Vivência”, no intuito de adquirir informações sobre o contexto que os atores sociais do Projeto estão inseridos e sobre seu cotidiano. O levantamento de dados foi efetuado, de forma primária, por meio de uma pesquisa de campo que ocorreu durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2018.

Nestes encontros, houve a oportunidade de presenciar o dia a dia do “Com-Vivência” e compreender melhor a dinâmica de trabalho. Foi observado como os pacientes são recebidos pelos trabalhadores do “Com-Vivência”, a maneira que as psicólogas se organizam para o atendimento, os ambientes que elas estão inseridas, as salas de atendimentos. Entretanto, e respeitando a ética, a confidencialidade e o sigilo, não houve a oportunidade de participação do atendimento em si.

O “Projeto Com-Vivência” conta com um espaço de espera para os pacientes que aguardam atendimento, com três salas para atendimentos aos pacientes, com uma sala de reunião dos profissionais e com uma copa para refeições. Os ambientes são bem acolhedores, fugindo da ideia de uma sala de atendimento tradicional, que só possui mesa, cadeiras e, em alguns casos, computadores.

As salas de atendimento possuem poltronas ou sofás, almofadas, televisões e vários *banners* informativos e decorativos. As salas são divididas pelas psicólogas, assistente social e as estagiárias que trabalham diariamente no Projeto. Todas essas percepções foram anotadas nos diários de campos das visitas.

Foram nestes encontros, também, que ocorreram as entrevistas semi-estruturadas com a fundadora e coordenadora do Projeto, Professora Eliane Seidl, com uma psicóloga e com duas estagiárias que compõem o quadro de atendimento psicológico.

Segundo Cruz (2003, p. 57), uma entrevista pode ser vista como “uma conversa a dois com propósitos bem definidos” e, a partir da metodologia qualitativa da pesquisa, as entrevistas foram realizadas de modo semi-estruturado, ou seja, de maneira mais interativa com os entrevistados, contando com um roteiro pré-definido de questões, mas desfrutando da liberdade do participante de discorrer sobre o tema das perguntas e

acrescentando pontos que considerava interessantes e necessários. (MARCONI; LAKATOS, 2006, p. 58).

Justamente por possuir uma fluidez melhor nas entrevistas, o método qualitativo foi utilizado como meio de investigação, uma vez que as falas dos entrevistados estavam recheados de subjetividade. Para Minayo e Sanches (1993), a subjetividade se afirma na análise qualitativa dos dados obtidos. O entendimento das relações humanas observadas no “Projeto Com-Vivência”, suas dinâmicas e significados, não seria alcançado sem esta análise de conteúdo mais empática, incorporada. Ademais, e segundo Ludke e André (1986), esta metodologia é a mais adequada pelo caráter descritivo dos dados, com a significação que os atores atribuem ao objeto de análise.

Já em relação à pesquisa e análise documental, e tendo em vista a intenção de alcançar os objetivos da pesquisa, obteve-se acesso às Diretrizes, Princípios e Objetivos da Política Nacional de Humanização, encontradas no sítio eletrônico do Ministério da Saúde e da Rede HumanizaSUS. Ademais, foi disponibilizado pela Coordenadora do “Projeto Com-Vivência”, uma coletânea de artigos denominada “Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios”. Desta coletânea, extraiu-se o Capítulo 17 – Atuação da Psicologia em HIV/AIDS: Reflexões e Experiências a partir de um Projeto de Extensão Universitária”. Por fim, foi-se analisado o Caderno HumanizaSUS – Volume I (Formação e Intervenção), também encontrado no *site* Rede HumanizaSUS.

A análise da observação participante foi executada de modo a refletir sobre o cotidiano da PNH no “Projeto Com-Vivência”, visando encontrar elementos que identificassem e comprovassem a humanização em todo o atendimento prestado pelo Projeto. Ademais, as entrevistas semi-estruturadas foram registradas por meio de gravação de voz, foram reproduzidas, transcritas e classificadas em uma planilha do Programa Excel. A classificação foi feita através de palavras-chaves das respostas das entrevistadas e divididas pelas questões semi-estruturadas que compunham o roteiro de entrevistas.

Esta forma de análise facilitou a compreensão sobre a convergência ou divergência das respostas dos participantes das entrevistas e proporcionou um diagnóstico mais explícito para o alcance do objetivo geral e dos objetivos específicos da pesquisa.

Por fim, a análise documental foi realizada a fim de auxiliar às entrevistas semi-estruturadas, na busca por palavras-chaves que ajudariam à responder a pergunta norteadora da pesquisa.

## 4 Diagnóstico da Política

Esta sessão traz os principais resultados que foram alcançados a partir da análise de dados coletados nas entrevistas, na pesquisa documental e na observação participante. O objetivo que guia o presente trabalho é a averiguação de como as ações do Hospital Universitário de Brasília têm garantido um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV/aids que participam do “Projeto Com-Vivência” em acordo com a Política Nacional de Humanização. Ademais, para o alcance de tal, foram formalizados dois outros objetivos específicos, sendo eles definir e caracterizar o que é um atendimento humanizado para a PNH e para o “Projeto Com-Vivência” e descrever como as ações de atendimento humanizado estão sendo implementadas no “Projeto Com-Vivência”.

Esta sessão foi subdividida para facilitar a compreensão dos pontos mais relevantes coletados, sendo eles: implementação de políticas públicas: abordagens *bottom-up* e *top-down*, humanização do atendimento, qualidade dos serviços e gestão de qualidade e atendimento nos serviços públicos no Brasil.

### 4.1 Implementação de políticas públicas: abordagens *bottom-up* e *top-down*

A partir da análise dos dados adquiridos, majoritariamente pelas entrevistas realizadas, foi percebido que a Política Nacional de Humanização possui uma implementação *bottom-up*, uma vez que foi citado em todas as entrevistas que a política apresenta um processo contínuo de implementação, ou seja, quando percebe-se que algo pode ser melhorado, incrementado, há uma boa receptividade às mudanças e logo é posto em prática. A gestora do Projeto, a Professora Eliane Seidl, explicitou que os gestores e trabalhadores são bastante críticos em relação ao seu desempenho, então quando se é apercebido que algo está falhando ou está de certa forma incompleto, há discussões em grupos para se chegar a soluções.

Além disso, foi relatado que há liberdade de fala. Quando há casos que não estão gerando satisfação, há discussões a respeito em reuniões semanais, as quais ocorrem às terças-feiras pela tarde. São nestas reuniões que acontecem os diálogos sobre o Projeto, para listar eventuais problemas e ser discutido tudo que envolve o Projeto ao decorrer da semana. *Feedbacks* foram citados em todas as entrevistas, demonstrando mais uma

característica da abordagem *bottom-up*. As entrevistadas falaram que a abertura para os *feedbacks* geram resultados no dia a dia, trazendo eficácia e eficiência à rotina. Inclusive, o Projeto também tem mecanismos para a geração de *feedbacks* dos pacientes sobre seu atendimento. Ao final de cada consulta, as psicólogas, a assistência social e as estagiárias perguntam questões relevantes sobre o atendimento e registram as respostas em relatórios que são acompanhados nas reuniões semanais. Isto facilita a avaliação da implementação e não gera tensões negativas, possibilitando um rearranjo do que está sendo posto em prática, gerando cada vez mais benefícios para os cidadãos que necessitam e usufruem desta política pública.

Contando com estes retornos, tanto dos burocratas que colocam a política em prática, quanto dos pacientes (usufruidores dos benefícios da política), a Política Nacional de Humanização tem eficiência em seu dia a dia no “Projeto Com Vivência”, permitindo liberdade e compartilhamento de decisões e implementos. A escolha da abordagem *bottom-up* como meio de implementação desta política demonstra uma evolução na forma de se trabalhar, deixando para trás a hierarquização de poder e o autoritarismo.

## 4.2 Humanização do atendimento

A partir das respostas das entrevistadas, o “Projeto Com Vivência” parece estar de acordo com a maioria das Diretrizes da Política Nacional de Humanização. As entrevistas foram moldadas a fim de recolher o máximo de informações sobre o Projeto.

Em relação à Diretriz Acolhimento, todas as entrevistadas concordam que o Projeto executa o acolhimento aos pacientes, uma vez que utilizam o método de escuta qualificada desde o primeiro contato, que vai do processo de avaliação psicossocial até o decorrer dos atendimentos subsequentes. Todos os pacientes possuem sua Ficha de Acolhimento, a qual conta com características individuais, sobre sua vida em geral, seu cotidiano, trabalho, amigos, familiares, entre outros. A escuta qualificada é exercida em todos os atendimentos e foi aprimorada a partir de capacitações ao longo dos anos. Foi-se relatado que quando se deparam com alguma dificuldade, há momentos, em reuniões semanais, para se discutir sobre ferramentas alternativas para recolher o máximo de informações, possibilitando uma melhor oferta de serviço e atendimento. Ao final de todas as consultas, as entrevistadas relataram que são feitos relatórios com os pontos mais

importantes daquele dia e arquivado nas fichas do paciente, permitindo um controle sobre a suas evoluções.

A Professora Eliane Seidl relatou que o Projeto também utiliza a escuta ativa, a qual é um processo de interação com o paciente, de troca de estímulos, um diálogo ativo, como uma conversa, mas que é muito benéfica para identificar as principais necessidades do paciente naquele momento. A interação favorece uma abertura maior do paciente, facilitando e aprimorando o acolhimento.

Já em relação à Gestão Participativa e Cogestão, verificou-se que esta existe no Projeto, mas em partes. Como relatado em outras ocasiões ao decorrer das entrevistas, todas as entrevistadas falaram sobre as reuniões semanais que ocorrem às terças-feiras e que são através destas que há trocas entre os trabalhadores e os gestores do Projeto. Segundo as entrevistadas, há uma liberdade de fala sobre necessidades e interesses de trabalho e todas as questões levantadas são decididas em conjunto através de votações.

Entretanto, a cogestão com os usuários do serviço, não ocorre como previsto na PNH. Foi relatado que existem rodas de conversa, mensalmente, entre os trabalhadores e gestores e os pacientes que se interessam em participar. As rodas possuem temas pré-definidos e que, eventualmente, surgem discussões sobre algumas práticas de gestão, mas que, segundo a coordenadora do Projeto, não pode-se titular como uma participação efetiva, uma vez que os pacientes não decidem em conjunto com os gestores. A professora Eliane relatou que esta prática seria muito interessante, mas que ainda está um pouco distante para ser alcançada.

Após análise dos dados coletados, pode-se afirmar que o “Com-Vivência” está de acordo com a Diretriz Ambiência, uma vez que possui ambientes acolhedores, limpos, organizados, decorados e confortáveis. Como citado anteriormente, os espaços fogem do convencional, onde somente há mesa e cadeiras. O “Com-Vivência” preza por esta diretriz, procurando trazer mais conforto para os pacientes, mas sem abandonar o sigilo e a privacidade de cada um. Foi citado por uma das entrevistadas e observado presencialmente pela pesquisadora, a distribuição de lanches aos pacientes e aos seus acompanhantes. Além disso, há as rodas de conversa que, como citado em outras situações das entrevistas, acontecem mensalmente e proporcionam encontros entre as pessoas.

Já em relação à Clínica Ampliada e Compartilhada, foi relatado que há uma comunicação boa entre as áreas interdisciplinares envolvidas em cada caso. A observação participante proporcionou a confirmação desta Diretriz, uma vez que foi percebido um



corredor que liga a enfermagem, os consultórios médicos, as salas dos atendimentos psicológicos e do serviço social. Este corredor fica por detrás das salas, o que permite uma conexão entre os trabalhadores, nos “bastidores” das consultas. Segundo uma das entrevistadas, uma vez ela foi chamada para participar de uma consulta médica para auxiliar no atendimento de um paciente e a decisão tomada foi exercida por ela (psicóloga) e o médico.

A valorização do trabalhador foi relatada por todas as entrevistadas, deixando bem claro que as opiniões de todos são levados em consideração pela gestão do Projeto, o qual possibilita *feedbacks* e inclui todos nas tomadas de decisão.

Em relação à Defesa dos Direitos dos Usuários, o Projeto desenvolveu cartilhas/panfletos com os direitos que os pacientes soropositivos possuem e os deixam disponibilizados por todo o Hospital, além de possuírem *banners* explicativos. Ademais, em todas as entrevistas, foram falados que ao início de um novo atendimento, eles, ao longo das consultas, explicam e dão exemplos dos direitos que são assegurados. Uma das entrevistadas afirmou que este é um trabalho muito bem executado pelo Serviço Social do “Com-Vivência”, que nas consultas com os pacientes, aprofundam sobre este tema e procuram sanar todas as dúvidas. Inclusive, foi citado que já houve uma roda de conversa com o tema de direitos dos cidadãos soropositivos e teve uma boa participação dos pacientes.

Levando-se em consideração os Princípios da PNH, todos os entrevistados afirmaram que o Projeto é transversal na linha trabalhadores/gestores, mas que deixa a desejar na linha usuários/gestores, buscando aprimorar isto com o tempo. Entretanto, deixam claro que a Corresponsabilização é dividida entre todos os envolvidos e que é explicado, desde a primeira consulta, ao paciente, que ele tem responsabilidade sobre o seu tratamento também. A Professora Eliane relatou: *“a Corresponsabilização é um pouco a nossa filosofia, defendemos isto publicamente e falamos isto para o paciente. Nós não podemos desistir das pessoas, colocar rótulos do gênero ‘este paciente não tem jeito, ele não vai aderir ao tratamento, não tem como mudar’ não existe aqui no Projeto, todos somos responsáveis”*.

Por fim, foi percebido todo o cuidado que os trabalhadores tem com os pacientes, uma vez que estes reconhecem que a soropositividade envolve toda a vida daquela pessoa, principalmente por ser uma doença incurável. A singularidade de cada paciente, suas necessidades e demandas são percebidas desde o acolhimento, demonstrando um alto grau de humanização.

De acordo com o coletado e analisado, identifica-se que o “Projeto Com-Vivência” está de acordo com a maioria das Diretrizes e Princípios do HumanizaSUS, excetuando, somente, a Cogestão entre gestores/pacientes. O Projeto reconhece esta falta na Gestão Participativa, mas não descarta incluir tal prática no futuro, admitindo que isto seria o ideal, mas que ainda faltam mecanismos para facilitar esta interação. Desta maneira, o Projeto exerce atendimentos humanizados, em todos os níveis previstos na Política Nacional de Humanização.

#### 4.3 Qualidade dos Serviços

Em entrevista e utilizando a observação participativa, foi identificado que o “Projeto Com-Vivência” exerce um atendimento de qualidade, uma vez que possui muitas das características que um serviço bem prestado necessita. Iniciando pela transparência e excelência, constatou-se que os pacientes (usuários dos serviços) são o foco do Projeto.

Todas as entrevistadas relataram que procuram incluir o paciente durante as consultas, sendo claras e buscando transparecer tudo que será executado. Seus procedimentos são explicados durante os atendimentos e sempre os consultando para saber de estão a par de tudo que é necessário. Ademais, como citado anteriormente, o Projeto se preocupa com os *feedbacks* que os pacientes têm a oferecer, inclusive, foi exposto por uma das entrevistadas que *“se o paciente já chega com alguma reclamação específica, nós, assim que possível, já repassamos este relato para o responsável, para que ele fique ciente. Além de que, nas reuniões de terça-feira, sempre comentamos sobre os feedbacks que mais se destacaram na semana”*.

Ao serem questionadas sobre o serviço prestado pelo “Com-Vivência”, todas as entrevistadas concordaram que oferecem um atendimento confiável, acessível e seguro, mas discordaram em relação a ofertarem um serviço em tempo adequado às necessidade do paciente.

O Projeto oferece um serviço confiável e seguro porque se preocupa em proporcionar sigilo e privacidade para cada um dos seus usuários, fazendo com que estes confiem em seus serviços e nos profissionais que trabalham no “Com-Vivência”. Ademais, relataram que, com frequência, os gestores incentivam seus trabalhadores a continuar se aperfeiçoando em técnicas e práticas mais recente e mais completas de atendimento, o

que favorece um serviço sempre completo e seguro. Em relação à acessibilidade, a Coordenadora do Projeto disse que busca, diariamente, abarcar o máximo de pacientes possíveis e que o encaixe na agenda é um dos mecanismos de acessibilidade mais utilizado. Ela relatou que, sempre que possível, faz encaixes e se, por exemplo, um paciente se atrasa ou falta e tem outro que não estava marcado e quer ser atendido, este é atendido na mesma hora. Ademais, a marcação de consultas é sempre discutido com o paciente, favorecendo seus horários. Uma das entrevistadas relatou que já trocou de horário para atender um paciente que não poderia vir no horário convencional de atendimento. Isto demonstra uma preocupação com os usuários, já que o Projeto reconhece que os serviços ofertados por eles ajudam a população soropositiva, visando uma maior qualidade de vida à eles.

Já em relação a ofertarem um serviço em tempo adequado às necessidades do paciente, houve algumas divergências nas respostas das entrevistadas. Somente uma delas disse que não acredita que ofereçam um serviço no tempo adequado porque a saúde pública como um todo, não permite isto. Por mais que o Com-Vivência tente abarcar o máximo de pacientes que podem, ela acredita que um o oferecimento de um serviço em tempo adequado ainda está um pouco distante do ideal.

Ademais, foi relatado que, apesar do Projeto possuir muitos atendimentos cotidianamente, sempre há um equilíbrio na relação de oferta x demanda dos serviços. Há períodos durante o ano, como exposto, que há uma queda da demanda pelos serviços, o que favorece uma queda na oferta. Estes períodos são observados nos meses de janeiro, julho e dezembro, os quais coincidem com os meses de férias. São nesses meses, também, que há menos oferta de serviços, uma vez que há menos trabalhadores diariamente no Projeto.

Desta maneira, observando que o paciente é o foco das atividades do “Com-Vivência”, pode-se afirmar que este oferta serviços de qualidade, com transparência, excelência e presteza. É um Projeto receptivo, empático, confiável e que favorece acessibilidade aos seus usuários.

#### 4.4 Gestão de Qualidade e Atendimento nos Serviços Públicos no Brasil

No Brasil, quando se pensa em serviços públicos, pensa-se, imediatamente, em atendimentos altamente burocratizados, sem eficiência e que demoram para serem executados. Entretanto, não é o que se vê no “Projeto Com-Vivência”.

Foi relatado, por todas as entrevistadas e enfatizado pela Coordenadora do Projeto, que todos, sem exceção, são trabalhadores empenhados no seu cotidiano, são proativos, motivados e interessados, demonstram um trabalho de excelência e sempre procuram se capacitar. Foi exposto por uma das entrevistadas que o Hospital oferece cursos de capacitação e que, durante as semanas, os trabalhadores são incentivados a lerem textos acadêmicos que auxiliam nos seus atendimentos, oferecendo sempre, para os usuários, atendimentos mais especializados.

Ademais, todas as entrevistadas afirmam que o “Com-Vivência” não possui excesso de formalismo ou burocracia. O Projeto mesmo marca suas consultas e procura facilitar o acesso de todos os interessados. Como relatado anteriormente, eles tentam abarcar toda a demanda que surge, através de encaixes nas agendas. Foi dito que não há filas de espera no dia a dia do Projeto e que se existisse excesso de formalismo, isto com certeza ocorreria.

Por fim, foi exposto que há uma Ouvidoria no Hospital e que, quando há qualquer tipo de reclamação que não diz respeito diretamente ao “Com-Vivência”, o Projeto incentiva que os usuários insatisfeitos registrem suas reclamações para que a Diretoria do Hospital fique ciente do que pode ser melhorado. Já em relação ao Projeto em si, eles não possuem uma ouvidoria específica, mas que, como exposto em outros momentos das entrevistas, os trabalhadores procuram saber os *feedbacks* dos usuários e registram tudo de mais importante, para ser discutido em equipe e melhorado no futuro.

Existir esta abertura às opiniões dos usuários comprova que o “Projeto Com-Vivência” é um serviço público de qualidade, fugindo do estereótipo negativo e ineficiente que a maioria dos serviços públicos têm. A proatividade dos envolvidos mostra que eles se doam ao seu trabalho e reconhecem que os serviços públicos visam o bem estar da população e que todos merecem ser bem atendidos.

## 5 Considerações Finais

Esta pesquisa buscou averiguar, de maneira objetiva, como o Hospital Universitário de Brasília garante um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV/aids que participam do “Projeto Com Vivência” de acordo com o previsto pela Política Nacional de Humanização.

Identificou-se que, apesar do Projeto não ser vinculado ao Hospital Universitário e sim, à Universidade de Brasília (UnB), ele é bastante reconhecido dentro do HUB e que oferta e exerce um serviço de excelência com às PVHA e sua rede sócio familiar. Desta maneira, o trabalho em questão afirma que as ações do Hospital Universitário de Brasília garantem um atendimento humanizado aos portadores do vírus HIV através do “Projeto Com-Vivência” uma vez que possibilitam a autonomia do “Com-Vivência”.

O Projeto já possuía características de atendimentos humanizados, mesmo antes de o HUB aderir à PNH, porque os gestores do “Com-Vivência” sempre reconheceram que estas práticas deveriam constar em qualquer serviço de saúde, independentemente de estarem de fato previstas em políticas públicas. Estas ações advêm dos valores que a coordenação do Projeto possui desde o seu início. Atender um paciente soropositivo requer cuidado, atenção, acolhimento, valorização, além de que os próprios princípios da Psicologia e do Serviço Social já trazem tais valores, entre muitos outros necessários para as práticas humanizadas.

Além disto, e em consonância com o objetivo de caracterizar o que é um atendimento humanizado para a PNH e para o “Com-Vivência”, o presente projeto identificou que um atendimento humanizado, tanto para a PNH, quanto para o “Projeto Com-Vivência”, vai muito além do exato momento em que os profissionais de saúde entram em contato com os pacientes. O atendimento humanizado está em todo o processo de produção de saúde. A humanização é a valorização de todos os envolvidos, reconhecendo seus papéis e enaltecendo suas qualidades, sua autonomia e capacidade de ajuda, participação e criatividade.

É possível identificar que o “Com-Vivência” acredita que um atendimento humanizado se pauta no processo de produção de saúde, como um todo, porque tais circunstâncias já estavam previstas em seus princípios, os quais foram traçados pela fundadora do Projeto em 1996, antes mesmo da Política Nacional de Humanização ser criada.

A única falha identificada por este trabalho na implementação da PNH pelo “Com-Vivência” está vinculado à Diretriz de Gestão Participativa e Cogestão. Mais especificamente, no subitem que prevê uma cogestão entre gestores/pacientes. Como relatado através da entrevista com a gestora do Projeto, a Professora Eliane reconhece esta falha na implementação e relata que isto ocorre por falta de mecanismos, por parte do “Com-Vivência”, para possibilitar a implementação de tal Diretriz. Ela, ainda, não descarta a possibilidade de existir esta linha de cogestão no futuro do Projeto e afirma que levará tal situação às reuniões semanais para averiguar possibilidades de implementação.

Desta maneira, pode-se afirmar que, apesar desta falha na Diretriz de Gestão Participativa e Cogestão, as ações humanizadas do “Projeto Com-Vivência” estão sendo implementadas em todos os seus níveis e fases.

A coordenação e gestão do Projeto reconhecem e afirmam que ofertar um serviço de saúde de qualidade, por lidar com momentos íntimos e difíceis dos indivíduos, necessita de empatia, cordialidade, confiança e acessibilidade.

As ações de atendimento humanizado estão sendo implementadas a partir do acolhimento aos novos pacientes. As entrevistas que são feitas para identificar a singularidade de cada um, a utilização das escutas qualificadas e ativas em todos os atendimentos e a constante capacitação que ocorre às estagiárias demonstra esta implementação. Além disso, a valorização dos trabalhadores é posta em prática a partir das reuniões entre os gestores do Projeto e os profissionais, já que é incluída sua opinião e que todos tem direito ao voto nas tomadas de decisão.

A defesa dos direitos dos pacientes é implementada através das cartilhas e panfletos que foram produzidos pelo Projeto e que são distribuídos aos novos pacientes, além de contar com *banners* explicativos que auxiliam no atendimento destes direitos à pessoas que possam ter dificuldades de entendimento. Como as cartilhas/panfletos estão distribuídos por todo o HUB, demonstra uma preocupação em atingir outros públicos também.

A procura por oferecer um espaço físico acolhedor, confortável e seguro, com sofás, poltronas, almofadas e além disso, distribuir lanches aos pacientes e seus acompanhantes durante a espera pelo atendimento agendado, demonstra a implementação de ações humanizadas na rotina do Projeto. A procura por manter o local esteticamente limpo, organizado e decorado comprova o alcance da Diretriz Ambiência da PNH.

As rotinas de encaminhamentos de novos pacientes ao “Com-Vivência”, a partir da enfermagem ou do pronto-socorro, confirma a existência de uma clínica compartilhada,

a qual permite o diálogo entre multiprofissionais do HUB, além da permissão que há em consultas que contam com mais de uma especialidade em atendimento, como foi o caso da psicóloga que participou de um atendimento médico.

Estas ações humanizadas são implementadas pelos trabalhadores do “Com-Vivência” todos os dias ao longo dos anos, que se tornaram já inconscientes. Repassar para a gestão do “Projeto Com-Vivência” que ele está em acordo com quase todas as Diretrizes e com todos os Princípios da PNH, foi uma surpresa e notícia boa. A gestão reconhece que muitas de suas ações eram humanizadas, mas não sabiam que a maioria estava prevista nas Diretrizes e Princípios da Política.

Assim, o trabalho em questão afirma que o “Projeto Com-Vivência” é um exemplo de um serviço público que exerce atendimentos humanizados em todos os seus níveis de gestão. Além, reconhece que seus serviços são de qualidade e que trazem inúmeros benefícios para os seus usuários e trabalhadores, que não relatam uma queixa sequer. O reconhecimento da importância das opiniões e *feedbacks* de cada um demonstra que os trabalhadores estão satisfeitos e exercem suas atividades de maneira eficiente e eficaz, o que comprova que um trabalhador satisfeito, oferta serviços melhores.

Desta maneira, o trabalho alcançou seus objetivos traçados e trouxe a importância de se discutir empatia e humanização no dia a dia dos serviços públicos de saúde. O trabalho teve um bom alcance e é útil no que diz respeito que um bom serviço prestado, é benéfico para todos os envolvidos no processo de produção de saúde.

Por fim, é interessante ressaltar que o “Projeto Com Vivência” é um ótimo exemplo de um serviço humanizado e que deveria servir de exemplo para que outros serviços entrem em acordo com a Política Nacional de Humanização.

## 6 Referências

AGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ALVES, A. **A Percepção da Qualidade na Prestação de Serviços Públicos: estudo de caso de um centro de saúde, na cidade de Campina Grande – Paraíba**. Disponível em:

<<https://revistas.pucsp.br/index.php/pensamentorealidade/article/viewFile/33194/24807>>. Acesso em: 05 out. 2018.

BAHIA. Secretaria da Administração. **SAC – Serviço de Atendimento ao Cidadão. Projeto de criação e implantação de postos**. Salvador, mai. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS. Volume 1 – Formação e Intervenções**. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/Cadernos-HumanizaSUS-Volume-1-Formac%CC%A7a%CC%83o-e-Intervenc%CC%A7o%CC%83es-1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/693-acoes-e-programas/40038-humanizausus>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento. **Qualidade no Serviço Público: Termo de Referência**. Brasília, 2000. Programa de Qualidade no Serviço Público - PBQP. Avança Brasil – PPA 2000- 2003.

CAMPOS, V. F. **TQC – Controle da qualidade total**. Nova Lima – MG: INDG Tecnologia e Serviços Ltda, 2004.

CARVALHO; BARBOSA; SOARES. **IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: UMA ABORDAGEM TEÓRICA E CRÍTICA**. X Coloquio Internacional sobre Gestión Universitaria em América del Sur. Mar del Plata - Argentina, 8, 9 e 10 de dezembro de 2010. Disponível em <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/97020/IMPLEMENTA%C7%C3O%20DE%20POL%C3%93TICA%20P%C3%BBLICA%20UMA%20ABORDAGEM%20TE%C3%93RICA%20E%20CR%C3%93TICA.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 jun. 2017.



CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. In: MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

FORTES, P. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 30-35, set-dez de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/sausoc/v13n3/04.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2017.

GONÇALVES, E. **Análise de processos de gestão administrativa: o caso do Serviço de Atendimento ao Cidadão**. Dissertação de mestrado. Salvador, UFBA, Escola de Administração, 2001.

GONÇALVES, E. **Serviços de atendimento ao cidadão: modelo organizacional para melhoria na prestação de serviço público**. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intrados/groups/public/documents/clad/clad0043628.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade Total em Serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 5 Ed. 2. Reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LOURES, Carlos Augusto da Silva. **Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-22122003-131227/pt-br.php>>. Acesso em: 24 set. 2018.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACOWSKI, D. H. **A qualidade dos serviços prestados por uma instituição de ensino superior pública na visão dos graduandos: análise estatística segundo o método SERVQUAL**. 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado em Métodos Numéricos em Engenharia). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

MARCONI, M., LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MENEZES, N., ABRANTES, L., NETO, O., NEPOMUCENO, D. **Aplicação do Modelo SERVQUAL para Medir a Qualidade dos Serviços Prestados por uma Empresa de Locação de Máquinas**. Congresso Nacional de Excelência em Gestão, 2016. Disponível em: <[http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16\\_343.pdf](http://www.inovarse.org/sites/default/files/T16_343.pdf)>. Acesso em: 05 out. 2018.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22ª edição. Petrópolis (RJ): Vozes, 1994.

NAJAN, A. **Learnin from the Literature on Policy Implementation: A Synthesis Perspective**. (Working Papers). International Institute for Applied Systems Analysis – IIASA. A-2361 Luxwnburg. Austria. 1995.

PALADINI, E. P. **Gestão da Qualidade: teoria e prática**. 2ª Ed. 3. reimp. São Paulo: Atlas, 2006.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L. **SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. Journal of Retailing, v. 64, n. 2, p. 12- 40, 1988.

PASCHE, D.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. **Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública**. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

PERDIGÃO, J.; FERNANDES, C.; PERDIGÃO, M. **Gestão da Qualidade em Serviços Públicos: um Estudo de Caso no Terminal Rodoviário de Passageiros de Campina Grande – PB**. IX SEGeT, 2012. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/7416264.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

RECH C. M. F. **Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?** São Paulo 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, L, C. **Novas perspectivas metodológicas na avaliação de políticas públicas**. Revista Avaliação de Políticas Públicas, ano 1, vol. 2, nº 2, jul-dez, 2008, p. 117-119. Resenha do livro de Raul Lejano, Frameworks for policy analysis: mergin text and context. Nova York: Routledge, 2006, 269 pp.  
Disponível em: <<http://www.wpmapp.oktiva.com.br/wp-aval/files/2009/11/Lea.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SEIDL, E. **Atuação da Psicologia em HIV/aids: reflexões e experiências a partir de um projeto de extensão universitária**. In.: POLEJACK, L.; VAZ, A.; GOMES, P.; WICHROWSKI, V. Psicologia e Políticas Públicas na Saúde. Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2015. p. 307-331.

SEIDL, E; CARVALHO, W. **Com-Vivência: Integrando ações de atendimento, ensino e pesquisa em HIV/aids**. Saber Viver Profissional de Saúde, nº 18. 2010. Disponível em: <<http://saberviver.org.br/publicacoes/com-vivencia-integrando-aco-es-de-atendimento-ensino-e-pesquisa-em-hiv-aids/>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

SOUZA, C. **Estado da arte da pesquisa em políticas públicas.** In.: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (org.) Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 65-86.

ZOBOLI E. L. C. P. **Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família.** São Paulo, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.